

# Cuidados de enfermería en el paciente sometido a trasplante hepático

**Título:** Cuidados de enfermería en el paciente sometido a trasplante hepático. **Target:** Profesores Ciencias de la Salud. **Asignatura:** Fisiología del Cuerpo Humano. **Autor:** Angeles Dolores Lopera Parraga, Diplomada Universitaria en Enfermería.

El trasplante hepático es un procedimiento muy dinámico, que en la actualidad constituye el tratamiento de elección para un gran número de enfermedades hepatobiliares agudas y crónicas.

El trasplantado de hígado tras una cirugía técnicamente completa de 6-8 o más horas, irá a la UCC, donde permanecerá como promedio de 3-4 días, si no aparece complicación post-operatoria.

El papel de enfermería es importante a la hora de conseguir una pronta recuperación del paciente en UCC, por ello, se le exige al personal un alto nivel de conocimiento, profesional y capacidad de respuesta ante posibles complicaciones y necesidades físicas y emocionales del paciente.

## VALORACIÓN

- Hemodinámico; frecuencia cardíaca, tensión arterial, presión venosa central y temperatura. Durante las primeras horas postrasplante, la valoración debe ser exhaustiva y con alta frecuencia, para evitar complicaciones inmediatas como puede ser la presencia de sangrado, inestabilidad hemodinámica que puede desfavorecer la evolución positiva del injerto por perfusión deficitaria...
- Respiratorio; generalmente el paciente ingresa conectado a VM, por lo que se valorará oximetría y se realizará gasometría arterial, para comprobar que la ventilación y oxigenación son adecuadas. También valoraremos la adaptación del paciente a la ventilación mecánica para comprobar que los parámetros, los modos respiratorios del ventilador o nivel de sedación son los adecuados y así, poder tener al paciente lo más relajado posible durante las primeras horas postoperatorias. Una vez el paciente esté en respiración espontánea o durante el destete se valorará la frecuencia respiratoria, SatO<sub>2</sub> y patrón respiratorio.
- Renal; se valorará la cantidad de diuresis, aspecto y observaremos si hay presencia de edemas en miembros.
- Abdominal-digestivo: Perímetro abdominal, la distensión abdominal es importante para poder hacer un diagnóstico precoz de sangrado en las primeras horas. También valoraremos restos gástricos por SNG y ruidos intestinales para poder saber cuándo se debe iniciar la tolerancia oral. Una vez se instaure el tránsito intestinal y el paciente esté tolerando, se valorará la cantidad y características de las deposiciones.
- Catéteres y drenajes: en la herida quirúrgica valoraremos signos de infección, dehiscencia... Si es portador de drenajes se valorará la colocación de éstos, su correcto funcionamiento y aspecto de líquido drenado, que nos dará una idea por si aparecen posibles complicaciones.
- Neurológico: Durante las primeras horas se valorará el nivel de sedación, posteriormente se valorará como despierta el paciente y el nivel de conciencia y orientación, así como la presencia de dolor y su influencia en el confort del paciente. Se valorará también el grado de agitación.

- Medidas generales: También tendremos en cuenta durante todo el postoperatorio la escala del dolor del paciente y si el tratamiento analgésico es el adecuado. Signos de infección y de rechazo del injerto.
- Complicaciones más frecuentes: Estenosis y trombosis de la arteria hepática, de la vena porta, fistula y estenosis biliar, hemorragia postoperatoria, disfunción del injerto, insuficiencia renal aguda.

## CUIDADOS GENERALES

Las características de la habitación donde se recibe al paciente deben respetar las condiciones de aislamiento inverso, para poder ofrecer un ambiente protector al paciente. También debe estar equipado con:

Monitor con cables para FC, SatO<sub>2</sub>, PA, PVC, termómetro, respirador, ambú con mascarilla conectado a toma de O<sub>2</sub> seco, sistemas de aspiración de secreciones, sistemas de vacío para posibles drenajes, fonendoscopio, manta térmica, bombas de perfusión y soporte.

- Hemodinámico: Monitorizar el ECG, la PVC y la TA invasiva, comprobando que la curva es correcta y la calibración de ambas presiones. Colocar manta térmica si hipotermia. Extraer analítica de control que incluya hemograma, bioquímica y coagulación, así como gasometría tras 15 minutos de la conexión al respirador.
- Respiratorio: Monitorizar la SatO<sub>2</sub> y revisar la correcta posición del TET y comprobando la marca dental y que la fijación es la adecuada. Se aspirará secreciones si es necesario.
- Abdominal-digestivo: Comprobar la correcta posición de la SNG, su fijación, comprobando la conexión a la bolsa en declive. Se observará que los apósitos están limpios o se rotulará si están manchados para valorar el sangrado por la herida quirúrgica. Se medirá el perímetro abdominal para, en caso de complicaciones que provocan distensión abdominal, establecer una referencia del aumento del abdomen.
- Catéteres/drenajes; observar la posición de los drenajes, si son con vacío se comprobará que lo mantienen y que no presentan fugas. Comprobar la correcta posición de los catéteres venosos y arterial, permeabilidad de las luces que están libres de los catéteres venosos y se comprobará los fármacos que están conectados al resto de las luces, procediendo a su identificación y verificación de acuerdo con el tratamiento prescrito. Se procederá a realizar cura de aquellas vías que lo precisen.

●